

東京都立小児総合医療センターの医師・医学生見学者の感染症申告書

感染制御の観点から下記の項目を記載し、臨床研修委員会の山川まで提出してください。

見学予定日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 見学診療科 _____

1年以内の胸部レントゲン	撮影日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
	異常なし・異常あり（詳細 _____ ）*

*異常陰影がある場合は、医師の診断書を提出してください。

疾患	抗体価	検査日	回答
麻疹	中和法 8 以上、PA 法で 256 以上、EIA16 以上のいずれかひとつを満たす	年 月 日	はい・いいえ
風疹	HI 法で 32 以上、EIA 法で 8 以上のいずれかひとつを満たす	年 月 日	はい・いいえ
水痘	IAHA 法で 8 以上、EIA 法で陽性、水痘抗原皮内テストで陽性のいずれかひとつを満たす	年 月 日	はい・いいえ
ムンプス	EIA 法で陽性	年 月 日	はい・いいえ

回答に“いいえ”がある場合、対象疾患のワクチン接種を行ってください。

対象ワクチン _____ 接種日 _____ 接種医名 _____

臨床研修委員会委員長殿

上記の申告事項に相違ありません。

年 月 日

所属 _____ 氏名 _____